

La situación de la mortalidad materna en la Argentina

Mariana Romero, Evelina Chapman, Silvina Ramos, Edgardo Abalos

1. Riesgos innecesarios
2. Tendencia estancada
3. Inequidades sociales
4. Causas evitables

“[...] La Organización Mundial de la Salud ha calculado que más de 1,500¹ mujeres y niñas mueren cada día como resultado de complicaciones prevenibles que ocurren antes, durante y después del embarazo y parto; y que, a nivel global, la mortalidad materna es la principal causa de muerte en mujeres y niñas en edad reproductiva [...] la mayoría de los casos de mortalidad y morbilidad maternas son prevenibles; y que la mortalidad y la morbilidad maternas prevenibles son retos para la salud, el desarrollo y los derechos humanos, lo cual también requiere de la promoción y protección efectiva de los derechos humanos de mujeres y niñas, en especial su derecho a la vida, a ser iguales en dignidad, a la educación, a tener libertad de buscar, recibir e impartir información, a gozar de los beneficios del avance científico, a vivir libres de discriminación y a gozar del más alto nivel posible de salud física y mental, incluida la salud sexual y reproductiva [...]”.

Asamblea General Naciones Unidas.
Consejo de Derechos Humanos, 2009.

Las muertes maternas son un grave problema de salud pública y una violación a los derechos humanos de las mujeres. Las Naciones Unidas han reconocido que las altas tasas de morbilidad y mortalidad materna son inaceptables y que su prevención constituye una cuestión de derechos humanos que afecta el derecho de mujeres y niñas a la vida, la salud, la igualdad y a la no discriminación; el derecho a gozar de los avances del conocimiento científico y al más alto estándar de salud alcanzable (*Naciones Unidas, 2009; Ramos et al., 2004; Langer y Espinoza, 2002; WHO, 1999; WHD, 1998*). Su reconocimiento como desafío colectivo ha impulsado la inclusión del mejoramiento de la salud materna entre los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) comprometidos por 189 naciones del mundo (*Naciones Unidas, 2010*).

Para la prevención o el tratamiento de cada una de las causas de muerte materna existe una intervención efectiva. Sin embargo, ninguna intervención por sí sola puede reducir las distintas causas de muertes maternas. El tratamiento de la hemorragia posparto, por ejemplo, requiere de diferentes drogas, transfusión de sangre y a veces cirugía. Son necesarios, entonces, “paquetes de intervenciones” que deben llegar a las mujeres por diferentes vías de distribución (capacitación de los equipos de salud, equipamiento de los centros, sistemas de referencia) para asegurar la mayor cobertura del grupo al que se desea llegar (*Campbell y Graham, 2006*).

La Argentina ha sido signataria de compromisos en los ámbitos internacional, regional y nacional, que responsabilizan a los gobiernos por la implementación de políticas, programas y acciones tendientes a lograr la disminución de las muertes maternas (*Consejo de Políticas Sociales, 2003*). Algunos de estos compromisos han dado lugar a planes nacionales y/o provinciales con ese fin. Sin embargo, en los últimos diez años la razón de mortalidad materna (RMM) nacional no ha mostrado descensos significativos y algunas provincias muestran valores dos veces mayor, muestra indiscutible del retraso en la implementación de acciones integrales y sostenidas, basadas en las evidencias y acompañadas por la movilización comunitaria (*Ministerio de Salud, 2009*).

En esta hoja informativa se presenta un análisis del problema de las muertes maternas en la Argentina con el propósito de promover el debate social informado y facilitar la toma de decisiones sobre una plataforma común de información.

1. Riesgos innecesarios

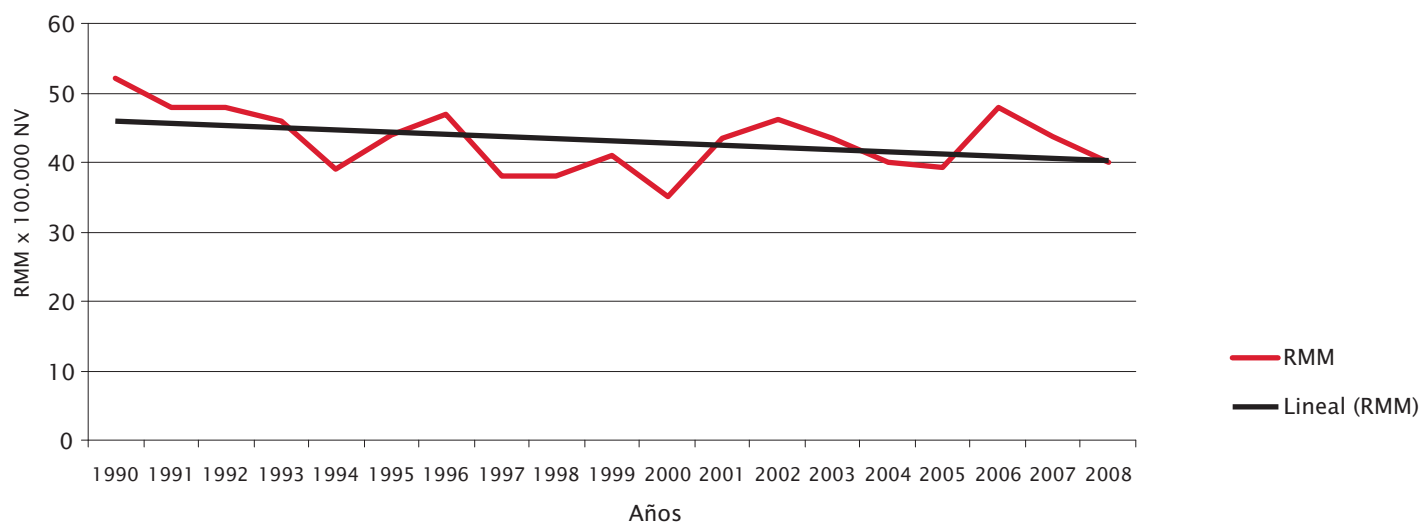
Cuadro 1 | Indicadores relacionados con salud reproductiva en la Argentina, jurisdicciones y países seleccionados de la región

RMM ² x 100.000 NV último año disponible (Ministerio de Salud 2009; DEIS 2007; Ministerio de Salud Pública 2010)	Argentina ³ 40,0	Chile 19,8	Uruguay 15,0
Riesgo acumulado de muerte materna ⁴ (WHO, 2007)	Argentina 1:530	Chile 1:3200	Uruguay 1:2100
Tasa global de fecundidad (OPS, 2009)	Argentina 2,2	Chile 1,9	Uruguay 2,1
Tasa global de fecundidad: tasa nacional, mínimo y máximo (OPS, 2009)	Argentina 2,2	Ciudad Aut. de Buenos 1,4	Misiones 3,2
Porcentaje de partos institucionales: nacional, mínimo y máximo (Ministerio de Salud, 2009)	Argentina 99%	Formosa 96%	Ciudad Aut. de Buenos 100%
Porcentaje de partos atendidos por personal calificado: nacional, mínimo y máximo ⁵ (Ministerio de Salud, 2009)	Argentina 99%	Formosa 96%	Ciudad Aut. de Buenos 99%
Cinco Controles prenatales o más durante el último embarazo: nacional, mínimo y máximo ⁶ (Ministerio de Salud, 2006)	Argentina 88,5%	NEA 73,0%	Patagonia 94,7%
Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos ⁷ (Ministerio de Salud, 2006)	Argentina 78,3%	NOA 68,8%	Patagonia 83,9%

- Si bien la Argentina tiene una tasa de fecundidad baja, las mujeres están expuestas a riesgos desproporcionados al quedar embarazadas: en 2008, murieron 40 mujeres cada 100,000 nacidos vivos (NV) por causas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio. En el mismo período, países como Chile y Uruguay presentaron niveles de 19,8 x 100.000 NV y 15 x 100.000 NV, respectivamente.
- La RMM en la Argentina resulta alta en relación con otros indicadores de salud reproductiva, como la proporción de partos institucionales, la de partos atendidos por personal calificado y la prevalencia de uso de anticonceptivos, incluso teniendo en cuenta las diferencias regionales.

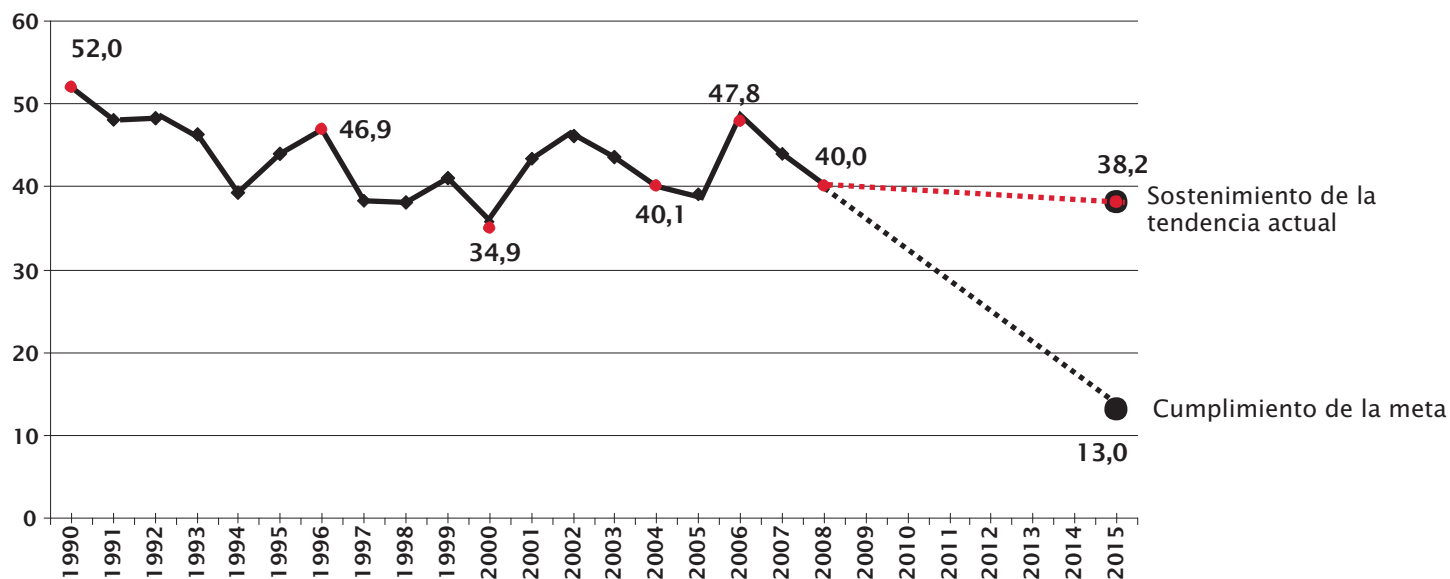
2. Tendencia estancada

Gráfico 1 | Evolución de la Razón de Mortalidad Materna. Argentina, 1990 - 2008



Fuente: Elaboración propia sobre la base de Ministerio de Salud, 2009.

Gráfico 2 | Tendencia de la RMM por 100.000 NV y meta propuesta para alcanzar el ODM 5. Argentina, 1990-2015

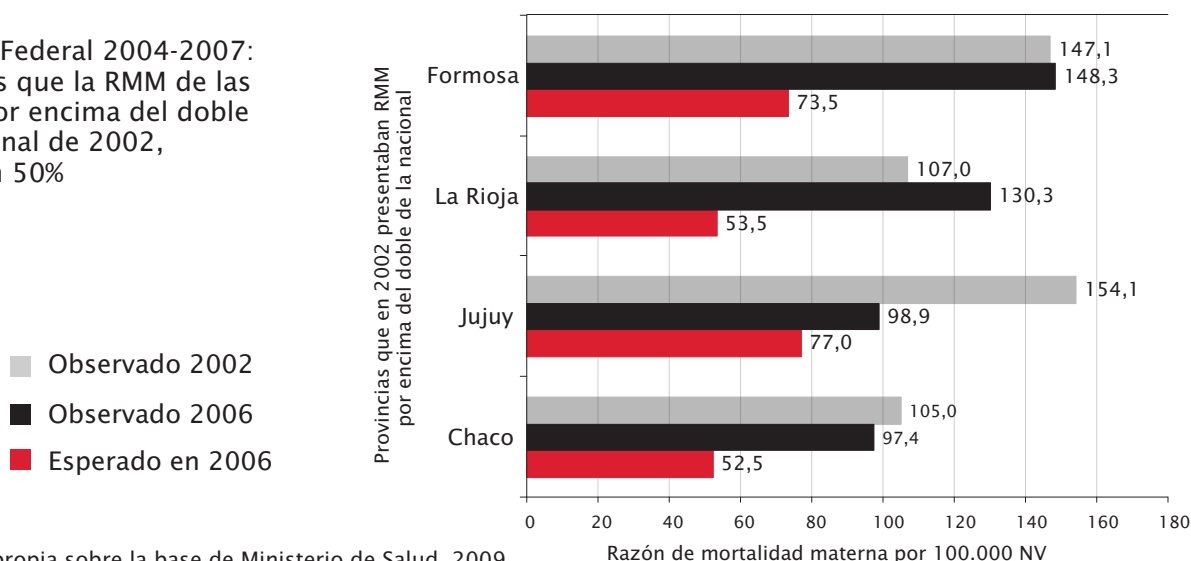


Fuente: Elaboración propia sobre la base de Ministerio de Salud, 2009.

- La RMM descendió el 23% en el período 1990-2008. La tasa de mortalidad infantil, en contraste, descendió un 51% en el mismo período. Cabe preguntarse por qué si se dispone de intervenciones costo-efectivas, sencillas de implementar, el descenso en la RMM no ha sido el esperado según los compromisos asumidos.
- En el nivel global se estimó que es necesario un descenso del 5,5% anual de la RMM mundial para alcanzar la meta comprometida en el ODM 5. Entre 1990 y 2005, ese descenso se ubicó por debajo del 1% anual. Ninguna de las regiones alcanzó el ritmo de descenso esperado y la región que estuvo más cerca de cumplirlo fue Asia Oriental (4,2%). América latina tuvo una reducción del 2,0% anual, y la RMM regional decreció el 26,3% entre 1990 y 2005 (Shah y Sale, 2007).
- Para que la Argentina cumpla con la meta propuesta para el ODM 5, la RMM debe llegar a 13 x 100.000 NV en 2015, con un descenso anual del 5,4% desde 1990 hasta el final del período comprometido. Este ritmo de descenso ideal hubiera significado que la RMM llegara a 19,2 x 100.000 NV en 2008. Sin embargo, la razón de ese año fue de 40 x 100.000 NV, poco más del doble. Dado el lento ritmo de descenso observado hasta el presente, para alcanzar la meta comprometida en el año 2015, ese ritmo debería acelerarse al 14,8% anual en el período que resta, casi tres veces mayor que el originalmente esperado. De continuar el ritmo de descenso que se viene observando hasta el presente, la RMM para el año 2015 llegará a un nivel de 38,2 x 100.000 NV, 3 veces superior a la comprometida por el país.

3. Inequidades sociales

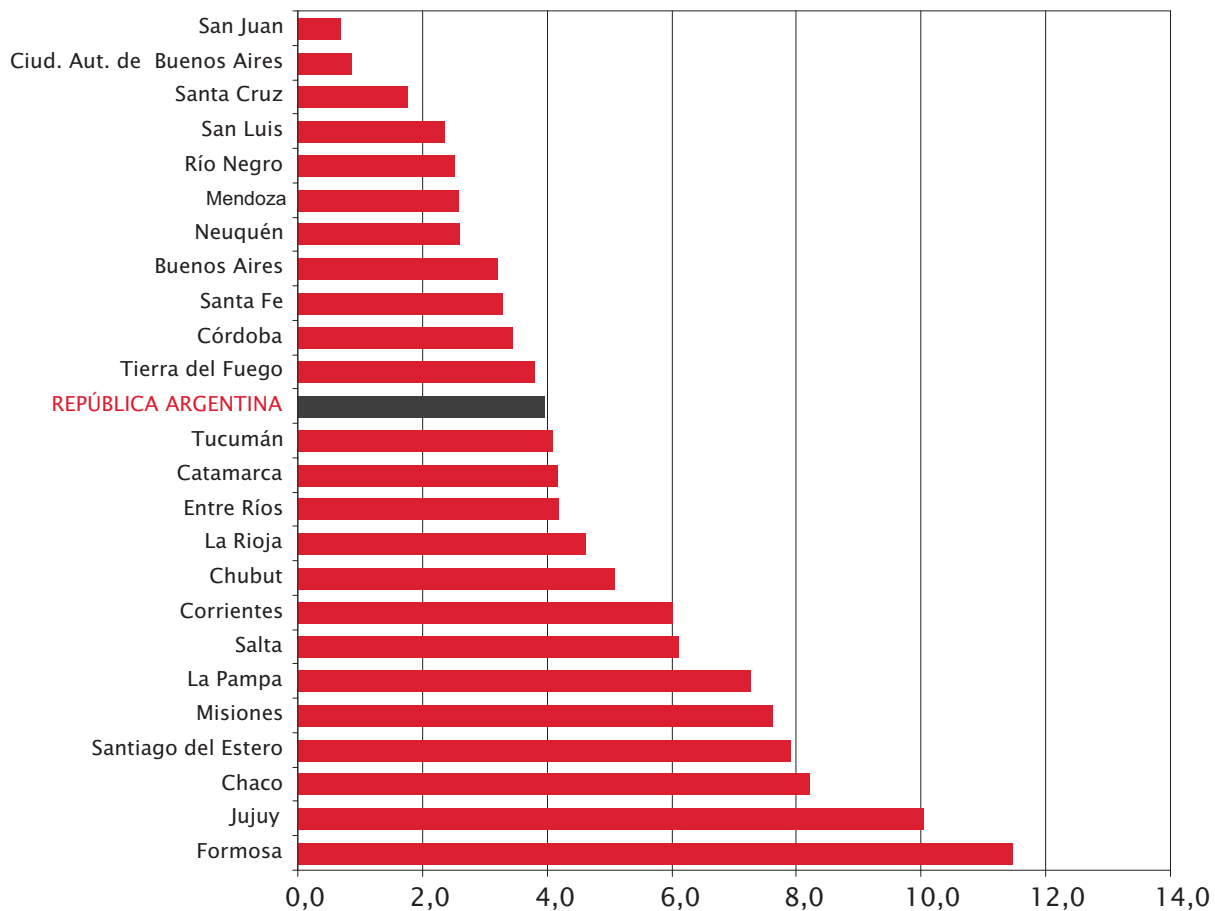
Gráfico 3 | Plan Federal 2004-2007: Lograr en 4 años que la RMM de las jurisdicciones por encima del doble de la RMM nacional de 2002, disminuya en un 50%



Fuente: Elaboración propia sobre la base de Ministerio de Salud, 2009.

- El Plan Federal de Salud 2004-2007 fue la única política pública de la última década que comprometió metas en relación con la mortalidad materna. Su fundamentación se basó en los compromisos de reducción de la mortalidad materna asumidos con los ODM y en la disminución de las inequidades entre jurisdicciones. Las metas incluían la reducción del 20% de la RMM nacional y la reducción del 50% en las jurisdicciones con las razones más elevadas (en relación con los niveles del año 2002), de manera que éstas alcanzaran, en 2006, una RMM no mayor al doble de la razón nacional.
- Para el año 2006, los valores de la RMM nacional muestran un aumento del 1,6% respecto de 2002. Además, de las cuatro provincias que debían reducir el 50% su RMM, dos de ellas la aumentaron en relación con el valor esperado y las otras dos lograron disminuciones, pero sin alcanzar la meta comprometida.

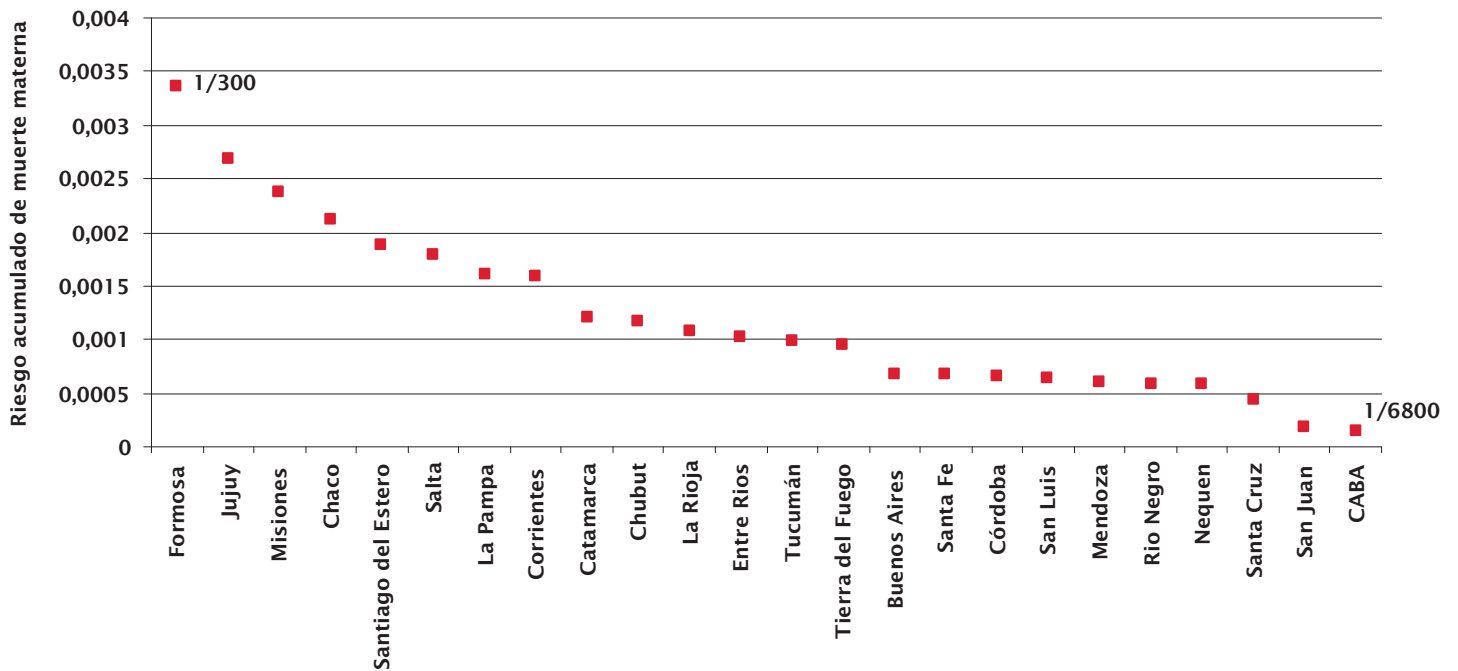
Gráfico 4 | Razón de mortalidad materna según jurisdicción de residencia de la madre. Argentina 2008.
RMM x 100.000 NV



Fuente: Elaboración propia sobre la base de Ministerio de Salud, 2009.

- Las RMM por provincia muestran grandes disparidades, producto de las inequidades en el acceso a servicios y en la disponibilidad de recursos humanos y físicos adecuados. Hay provincias que duplican o triplican la razón nacional. Esta situación indica un riesgo desproporcionado cuando se comparan los niveles de algunas jurisdicciones con el de la ciudad de Buenos Aires, por ejemplo.
- Las provincias del NOA y NEA presentan el mayor riesgo de muertes maternas y tres de ellas tienen el doble de la razón nacional.
- Más de la mitad de las provincias (13 de 24) tienen RMM que superan la razón nacional.
- Las provincias del NOA y NEA tienen RMM similares a la de los países de alta mortalidad en América latina: Formosa similar a la Guyana; Jujuy similar a la de Ecuador. Otras, como la Ciudad de Buenos Aires, Río Negro o Neuquén presentan una situación comparable a la de los países de menor mortalidad materna de la región e incluso a la de países como Canadá (OPS, 2009; Ministerio de Salud, 2009).

Gráfico 5 | Riesgo acumulado de muerte materna. Argentina, 2008.

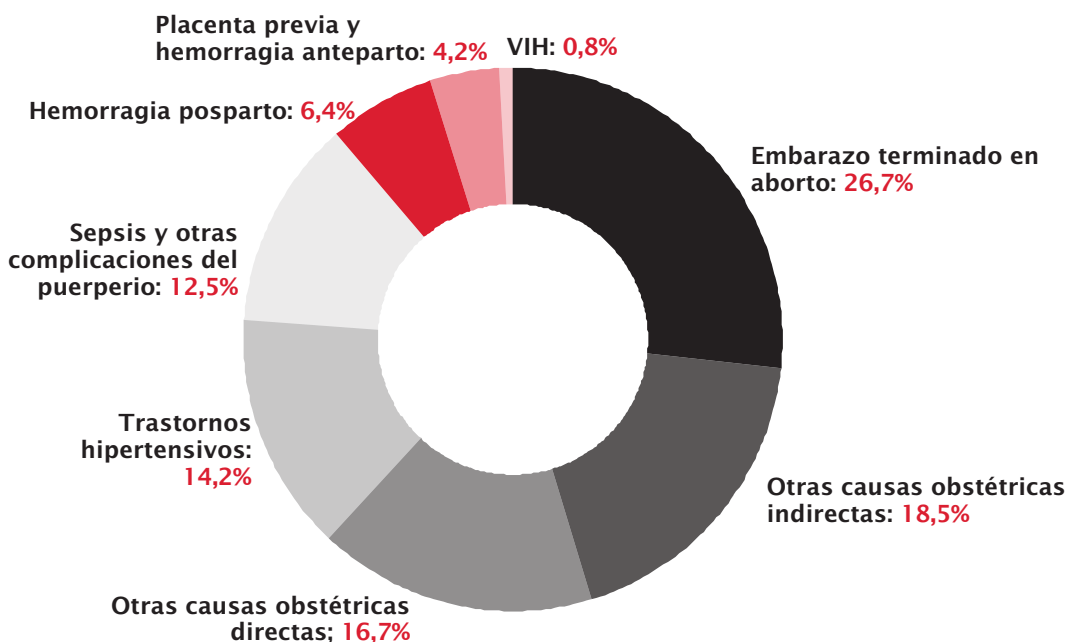


Fuente: Elaboración propia sobre la base de Ministerio de Salud, 2009 y proyecciones de fecundidad para el año 2005 elaboradas por el INDEC.

- El riesgo acumulado de muerte materna confirma una vez más las inequidades: las mujeres de Formosa tienen 20 veces más riesgo de morir de causas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio a lo largo de su vida que las mujeres que viven en la ciudad de Buenos Aires.

4. Causas evitables

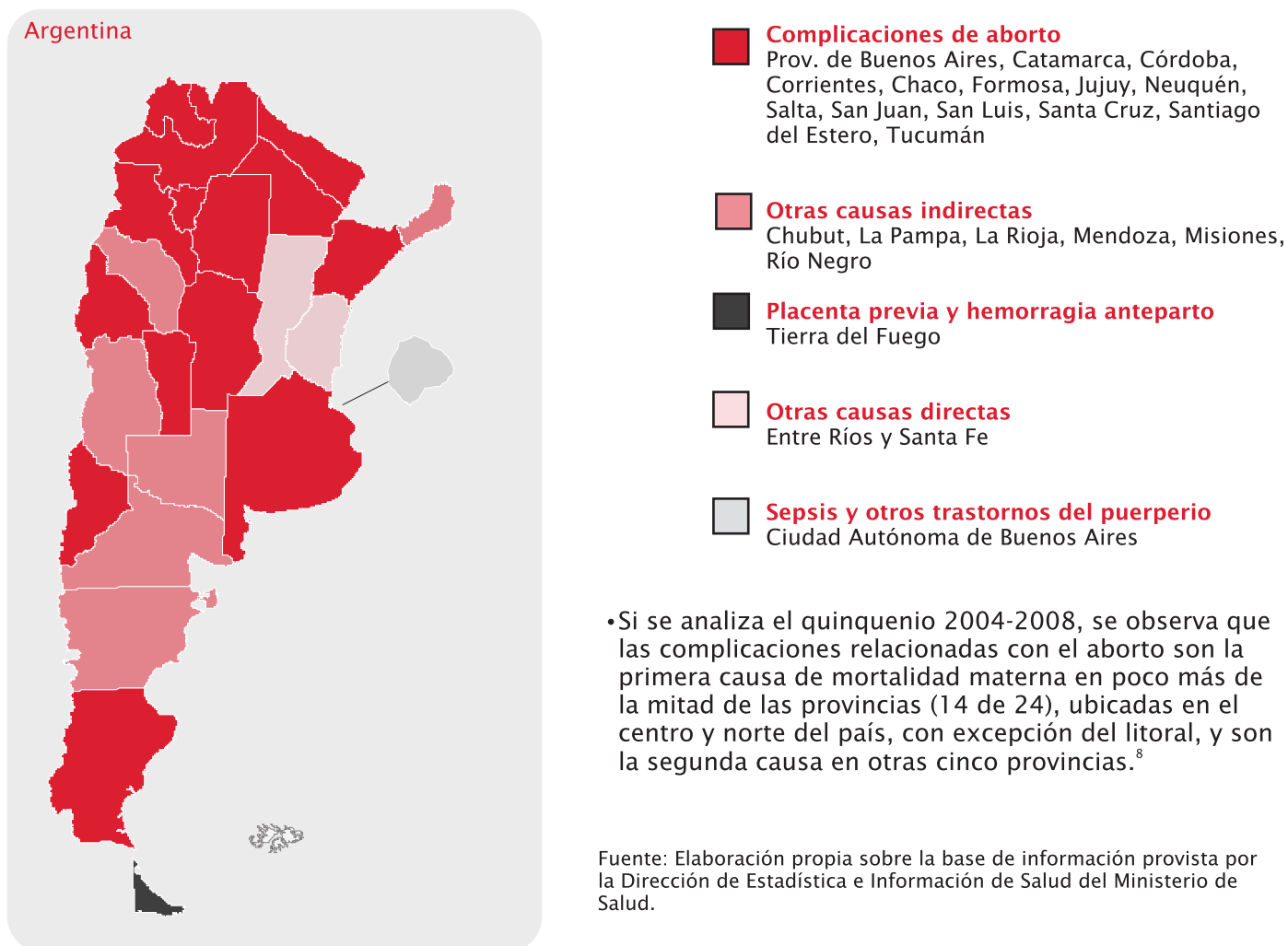
Gráfico 6 | Estructura de causas de las muertes maternas, quinquenio 2004-2008, Argentina.



Fuente: Elaboración propia sobre la base de información provista por la Dirección de Estadística e Información de Salud del Ministerio de Salud.

- La estructura de causas de las muertes maternas en la Argentina ha variado poco en las últimas dos décadas. Las complicaciones relacionadas con el aborto siguen siendo la primera causa de muerte. Sólo otros dos países de la región latinoamericana (Jamaica y Trinidad Tobago) presentan este mismo cuadro de situación, donde las complicaciones relacionadas con el aborto superan el 30% del total de muertes maternas (OPS, 2007).

Gráfico 7 | Primer causa de muerte materna por provincia, quinquenio 2004-2008.



Un análisis más detallado de la distribución de la estructura de causas por cuartiles puede encontrarse en www.ossyr.org.ar

La información y el análisis presentados brindan elementos para situar a la Argentina respecto de los países de la región, a la vez que permiten observar las inequidades existentes en nuestro país. Las intervenciones disponibles para enfrentar con eficacia las causas de las muertes maternas han sido ampliamente probadas y reportadas por la literatura mundial. La implementación de estas intervenciones, acompañadas de una fuerte voluntad política, han logrado disminuir sustantivamente las muertes maternas en países como Bangladesh, Malasia y Sri Lanka en los últimos años. Nada indica que en la Argentina esto no sea igualmente posible.

1. Al momento de la elaboración de esta hoja informativa se publicó un artículo en The Lancet (Hogan C et al. Maternal mortality for 181 countries, 1980–2008: a systematic analysis of progress towards Millennium. Development Goal 5. Lancet, April 12, 2010, DOI:10.1016/S0140-6736(10)60518-1. 2010) estimando que la cantidad de muertes maternas en el mundo serían 342.900 y no 535.900 como fuera reportado previamente (Hill K, Thomas K, AbouZahr C, et al. Estimates of maternal mortality worldwide between 1990 and 2005: an assessment of available data. Lancet 2007; 370: 1311-1319). La comparación entre estas dos estimaciones, sus metodologías y las implicancias en los alcances del ODM 5 es un debate que recién se inicia.

2. La razón de mortalidad materna se define como el número de muertes maternas en una población dividida por el número de nacidos vivos. Indica el riesgo de muerte materna en relación con el número de nacimientos (World Health Organization, 2007).

3. Esta RMM es el resultado de unas 300 muertes maternas anuales, cifra que es frecuentemente cuestionada no sólo localmente sino también por la OMS. En Argentina se han realizado dos estudios que evaluaron el nivel de subregistro de las muertes maternas. El primero data de 1985 y fue realizado por Cortigianni y cols, quienes reportaron que el nivel alcanzaba el 50% en la Ciudad de Buenos Aires. El segundo fue realizado en seis provincias sobre la base de las muertes ocurridas en 2002. Los resultados indicaron que el subregistro de las defunciones maternas no superaba el 10% (Ramos y cols, 2004).

4. Riesgo acumulado de muerte materna: Es la probabilidad de morir por causas maternas a lo largo de la vida reproductiva (World Health Organization, 2007).

5. Se ha excluido de este análisis a la provincia de Buenos Aires, debido a que al no especificar en el 14% de los nacimientos quién atendió el parto, modifica la tendencia nacional.

6. Este dato se obtiene a partir de las mujeres que reportaron haber tenido un hijo hasta tres años antes de la realización de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud. El tamaño muestral sólo permite obtener estimaciones regionales.

7. Dato obtenido a partir de las mujeres en edad fértil, sexualmente activas, que no estaban embarazadas al momento de la realización de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud. El tamaño muestral sólo permite obtener estimaciones regionales.

8. Las muertes maternas son un evento poco frecuente, por lo que pequeños cambios en el numerador (número de muertes maternas) ocasionan grandes cambios en la RMM. Se consideraron las MM del quinquenio 2004-2008 a los fines de hacer un análisis más robusto que no dependiera de las oscilaciones anuales que pueden tener las provincias con escaso número de muertes maternas.

Referencias bibliográficas

Asamblea General Naciones Unidas. Consejo de Derechos Humanos. Resolución A/HRC/11/L.16. Promoción y protección de todos los derechos humanos y de los derechos civiles, políticos, económicos sociales y culturales, incluido el derecho al desarrollo, 16 de junio de 2009.

Campbell OM, Graham WJ; Lancet Maternal Survival Series steering group. Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works. 2006 Oct 7;368(9543):1284-99.

Consejo de Políticas Sociales: Objetivos de Desarrollo del Milenio: Argentina. La oportunidad para su reencuentro, Presidencia de la Nación y Naciones Unidas, 2003. Disponible en <http://www.politicassociales.gov.ar/odm/pdf/ip2003.pdf>

Departamento de Estadísticas e Información de Salud: Indicadores básicos 2007. Disponible en <http://www.redsalud.gov.cl/portal/url/item/6bd71933f43deabe04001011f014c20.pdf>

Langer, A. y Espinoza, H.: "Embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la Sociedad en América latina y el Caribe", en Nuevos desafíos de la responsabilidad política, Cuadernos del Foro de la Sociedad Civil en las Américas, año 4, nº 5, Buenos Aires, CEDES-FLACSO-CELS 2002.

Ministerio de Salud. Dirección de Estadísticas e Información en Salud: Estadísticas Vitales. Información básica 2008, Serie 5, nº 52, Buenos Aires, diciembre de 2009. Disponible en <http://www.deis.gov.ar/Publicaciones/Archivos/Serie5Nro52.pdf>

Ministerio de Salud Pública. República Oriental del Uruguay. Comisión Nacional para el Monitoreo y Reducción de las Muertes de Mujeres por causas del embarazo, parto, cesárea puerperio y aborto: Informe 2007-2008-2009, Montevideo, marzo de 2010.

Ministerio de Salud: La salud reproductiva de las mujeres en la Argentina 2005. Resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, Buenos Aires, 2006.

Naciones Unidas: "Objetivos de Desarrollo del Milenio", 2010. Disponible en <http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/>

OPS: Género, salud y desarrollo en las Américas. Indicadores básicos 2009, Disponible en http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=2596&Itemid=2101&lang=es

Organización Panamericana de la Salud, La salud en las Américas, Volumen Regional, Washington DC, 2007, Disponible en <http://www.paho.org/hia/vol1regional.html>

Ramos S, Romero M, Karolisnki A, Mercer R, Insua I, del Río Fortuna C. Para que cada muerte materna importe, CEDES y Ministerio de Salud. Buenos Aires, 2007.

Shah IH, Say L. Maternal mortality and maternity care from 1990 to 2005: uneven but important gains. Reprod Health Matters. 2007 Nov;15(30):17-27.

WHO: Reduction of Maternal Mortality, A joint WHO/UNFPA/UNICEF/World Bank Statement, Ginebra, 1999.

World Health Day 1998. WHD 98.2, Ginebra, 1998.

World Health Organization: Maternal mortality in 2005: estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA, and the World Bank, Ginebra, 2007. Disponible en http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241596213_eng.pdf

Desde el OSSyR esperamos facilitar el acceso a información y herramientas de calidad a quienes toman decisiones de salud pública. El propósito es contribuir a la reducción de las muertes maternas en el menor plazo posible, en cumplimiento de las metas comprometidas, fundamentalmente para evitar muertes prevenibles e injustas. Este es el compromiso que hemos asumido con las mujeres de nuestro país.

www.ossyr.org.ar